

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935.

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

100

PAR

Izu CUNER

Né le 13 décembre 1908, à Focsani (Roumanie)

Les méthodes de la lutte
contre les maladies vénériennes

Président : M. L. TANON, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1935

THÈSE

Présentée

DOCTORAT EN MÉDECINE

(MÉTIER D'ÉTAT)

Par

JEAN CUNIER

Né le 28 décembre 1892, à Lorient (Morbihan)

Les méthodes de la lutte
contre les maladies vénériennes

Président : M. LEYDIER, Professeur

Paris

ÉCOLE DE MÉDECINE DE PARIS
10, rue de la Harpe, 10

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935.

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Izu CUNER

Né le 13 décembre 1908, à Focsani (Roumanie)

Les méthodes de la lutte contre les maladies vénériennes

Président : M. L. TANON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—
1935



I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
»	BEZANÇON.
»	CARNOT.
»	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GULLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurol. et Psychiâtrie.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.
BROCC Patholog. chirurgicale.
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHEVALLIER Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
FEY Urologie.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER Patholog. chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES Patholog. chirurgicale.
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngol.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologiq.
JOANNON Hygiène.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEIOL Obstétrique.
LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathol. expérimentale.
LEVEUF Patholog. chirurgicale.
Mlle J. LEVY Pharmacologie.
LEVY-VALENSI Neurol. et Psychiâtrie.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET Patholog. chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologiq.
PETIT-DUTAILLIS Patholog. chirurgicale.
PIEDELIEVRE Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUENU Patholog. chirurgicale.
RICHET Physiologie.
SANNIE Chimie biologique.
SENEQUE Patholog. chirurgicale.
SEZARY Dermatol. et syphilligr.
TROIISIER Pathol. expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VALLÉRY-RADOT
(Pasteur) Pathologie médicale.
VELTER Ophthalmologie.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Patholog. chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgic.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologiq.
LEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
AUBERTIN Clinique médicale.
BRULÉ Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
HARVIER Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.
BASSET Clinique chirurgicale.
CADENAT Clinique chirurgicale.

MM

HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.
MOCQUOT Clinique chirurgicale.
MOURE Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
ECALLE Clinique Obstétricale.
GUENIOT Clinique obstétricale.
LE LORIER Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL Clinique obstétricale.
METZGER Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

En signe de reconnaissance et de témoignage de ma grande affection.

A MA SOEUR

A MON FRÈRE

A MES BELLES-SŒURS ET BEAUX-FRÈRES

A MA TANTE ROSE ET A MON ONCLE JEAN

Qu'ils veuillent bien trouver ici l'humble témoignage de mon entière reconnaissance pour l'appui moral et matériel qu'ils m'ont prêté pendant mes études.

A M^{ME} ET M. JONESCO

*Témoignage de reconnaissance pour leur
amitié et leur délicate bonté envers moi.*

AUX FAMILLES MICHEL ET ALFRED ILOVICI

*Remerciements pour leur attention à mon
égard.*

A MES AMIS

DOCTEUR CAHANA, DOCTEUR LAUER

DOCTEUR SINGER, DOCTEUR ALTERESCO

A MA FEMME

Qu'elle veuille croire à la profonde affection que je lui porte.

A MES BEAUX-PARENTS

A M. le DOCTEUR TANON
Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui nous a fait le grand honneur de pré-
sider cette thèse.
En témoignage de notre profond respect.*

INTRODUCTION

De tout temps les maladies contagieuses étaient considérées comme des faits dépassant de beaucoup l'intérêt individuel et sollicitant l'attention de toute la société. En effet, tant qu'une maladie reste cantonnée à des personnes isolées et ne peut se transmettre plus ou moins directement à d'autres, elle relève bien entendu de la médecine, elle peut même être considérée comme une maladie sociale (par exemple, le cas du cancer), mais elle ne nécessite pas des mesures évitant la contagion.

Toute l'hygiène moderne est née de la prophylaxie des maladies contagieuses. Elle dépasse aujourd'hui le cadre de celle-ci, mais sa tâche principale reste d'empêcher la diffusion des maladies contagieuses.



Le cas des maladies vénériennes est plus complexe que celui des autres maladies contagieuses. Théoriquement, il s'agit de maladies infectieuses

qui se transmettent de préférence par le contact génital. Cette prédilection tient en grande partie à ce que les microbes pathogènes de ces maladies sont particulièrement fragiles et ne se conservent que très peu de temps en dehors de l'organisme. Ces microbes doivent donc être transmis, pour déterminer la maladie, par la voie la plus directe. Le contact génital constitue le type même de la contagion directe. Ceci ne veut pas dire que les maladies dites vénériennes ne se transmettent que par cette seule voie. Il existe de nombreux cas de contagion non vénérienne. Nous les éliminons d'emblée de notre travail car leur prophylaxie est toute différente de celle de la contagion vénérienne.

On devrait en effet parler non pas des maladies vénériennes, mais de la transmission vénérienne des différentes maladies infectieuses. Parmi celles-ci, la syphilis occupe une place prépondérante, puis viennent les maladies vénériennes mineures : blennorragie, chancre mou, lymphogranulomatose inguinale (maladie de Nicolas et Favre). Il existe bien d'autres maladies qui peuvent se transmettre par la voie vénérienne mais seulement à titre accidentel : fièvre typhoïde, méliococcie, leishmanioses, trypanosomiasés, lèpre et la tuberculose elle-même.

Au point de vue biologique et peut-être même

au point de vue de la psychologie de l'hygiène, il est abusif de mettre à part les maladies vénériennes. Cependant, les difficultés particulières que présente la lutte contre ces maladies mérite de les réunir sous un nom commun. Là encore, il serait plus exact de dire, *lutte contre la contagion vénérienne*.

Cette lutte est particulièrement difficile car elle implique une immixtion dans ce que la vie des individus a de plus intime. Il y a également le fait que ces maladies sont considérées comme honteuses. Tel malade qui parle librement d'une tuberculose n'avoue pour rien au monde qu'il est syphilitique. D'ailleurs, ce qu'il y a de plus grave, c'est que cette pudeur s'étend même sur toute l'opinion publique. Bien que la mentalité ait beaucoup changé pendant ces dernières années, on ne peut encore parler librement dans la presse des maladies vénériennes.

Les méthodes de la lutte contre la contagion vénérienne sont donc notablement différentes de celles que l'on emploie contre les autres maladies infectieuses. Cette différence méritait d'être soulignée dans un travail d'ensemble.

I

L'EXTENSION DES MALADIES VÉNÉRIENNES

Il est inutile d'insister aujourd'hui sur la fréquence extrême des maladies vénériennes, fréquence évidente qui n'a pas besoin de statistiques à l'appui pour s'imposer. D'ailleurs les données statistiques sont à cet égard assez disparates et ne peuvent donner une idée tout à fait exacte de l'extension des maladies vénériennes.

Toutes les statistiques concernent la syphilis, seule maladie vénérienne considérée comme définitive et chronique, en laissant dans l'ombre la blennorrhagie dont les cas sont certainement plus fréquents que les cas de syphilis. Il n'existe pas de statistique non plus de chancre mou ni de la maladie de Nicolas et Favre. Il est vrai que ces derniers sont négligeables au point de vue numérique par rapport à la blennorrhagie et à la syphilis.

Les chiffres que nous donnons ci-dessous se rapportent donc exclusivement à la syphilis. La

proportion des contaminations syphilitiques et d'individus déjà atteints de la maladie varie considérablement avec les différents pays. On ne sait d'ailleurs pas si ces différences sont réelles ou si elles sont dues à la manière dont se font les statistiques. Il existe, en effet, des pays où le recensement est plus facile soit à cause de la déclaration obligatoire, soit à cause de l'absence de préjugés. Tout ce qui est certain c'est qu'il n'existe actuellement aucun pays qui soit exempt de syphilis. La maladie est apportée chez les divers peuples en même temps que la civilisation européenne, à telle enseigne que ce sont les colonies qui sont actuellement en tête de liste. Au dire de certaines autorités sanitaires coloniales, il existe des pays où 90 % de la population est contaminée.

On possède des documents assez complets sur la France, la Belgique et la Grande-Bretagne. Pour la France, la Commission de Prophylaxie du Ministère de la Santé publique donne les chiffres suivants, cités par Cavaillon :

Il existe 3.920.000 français atteints de syphilis (pour les deux sexes), soit 10 % de la population *relative*, car il s'agit de ceux qui se présentent dans les centres de traitement.

La mortalité par syphilis est de 140.000 par an, dont 40.000 avortements et morts-nés et 80.000 décès.

Parmi les malades des hôpitaux, 40 % sont en traitement pour des affections chroniques dues à la syphilis.

Pour la Belgique, voici les chiffres donnés par la Ligue nationale belge contre le Péril Vénérien :

Il existe en Belgique au moins 400.000 syphilitiques (plus de 5 % de la population). La mortalité par syphilis dépasse 15.000 par an. Les malades des hôpitaux sont soignés pour des affections dues à la syphilis dans la proportion de 22 %.

La syphilis coûte à l'Etat plus de 50 millions de francs (sans compter les frais d'hospitalisation, de traitement, etc.).

Pour la Grande-Bretagne, le National Council for Combating Venereal Diseases donne des chiffres fragmentaires qui ne peuvent être comparés aux précédents :

Il existe 190.000 nouveaux cas de syphilis par an (sans compter l'Irlande). Il existe 18.500 cas de paralysie générale. Enfin, 55 % de cas de surdités et de cécités congénitales sont dues aux maladies vénériennes.

S'il est difficile de se faire une idée de la véritable extension de la syphilis à un moment donné,

il est encore plus malaisé d'en suivre les fluctuations dans le temps. En se basant sur des statistiques hospitalières, forcément isolées, certains auteurs, Janselme et Burnier, Cavaillon et Moine, Dekaiser, etc. ont tenté de reconstituer les fluctuations de la syphilis depuis la guerre. Après une véritable épidémie qui a sévi dans les années qui ont suivi la guerre, il y a une diminution, suivie d'une recrudescence qui a atteint son maximum en 1925. Depuis cette époque, la virulence va en décroissant.

Ces données sont assez critiquables et on ne sait pas si le nombre croissant des cas n'est pas dû plutôt au progrès de la prophylaxie et de la propagande ; les malades se faisant soigner plus souvent qu'autrefois. L'existence de bonnes statistiques est d'ailleurs subordonnée aux mesures législatives et à la déclaration ou traitement obligatoire des maladies vénériennes.

II

ÉVOLUTION DE L'IDÉE DE LA LUTTE ANTIVÉNÉRIENNE

La lutte sociale contre les maladies vénériennes est une idée tout à fait moderne. Ses véritables débuts ne datent que depuis la fin du siècle dernier et tout indique qu'il nous reste encore beaucoup à faire dans ce domaine.

Jusqu'à la Renaissance, c'est-à-dire jusqu'à la formidable épidémie de syphilis qui a déferlé sur l'Europe à la fin du XV^e siècle, marquant l'invasion des peuples occidentaux par cette maladie, on ne connaît que quelques préceptes de prophylaxie individuelle. Moïse semble avoir connu la contagion vénérienne ; les auteurs de l'Antiquité gréco-romaine y font allusion et l'Ecole de Salerne recommandait d'uriner après le coït.

Mais c'est l'éclosion de la syphilis qui a inspiré les premiers projets de défense collective. Gaspar Torelli, le médecin des Borgia a élaboré un plan

comportant une réglementation de la prostitution, une déclaration et traitement obligatoire de la syphilis, etc. Malgré ces projets, la prophylaxie de la contagion vénérienne est demeurée individuelle et de ce fait fort imparfaite. Si les prostituées étaient souvent pourchassées, c'est beaucoup plus pour des raisons morales que par mesure sanitaire.

Cependant, dès la fin du XVIII^e siècle, un décret du premier consul a institué une visite médicale obligatoire des prostituées. L'échec de toutes les tentatives de la première moitié du XIX^e siècle s'explique fort bien si l'on envisage les moyens diagnostiques et thérapeutiques extrêmement limités dont disposait la médecine alors. Le tout n'est pas d'édicter des mesures draconiennes, faut-il encore que l'efficacité de celles-ci soit assurée par des garanties scientifiques.

*
* *

Quelle est, en effet, l'idée fondamentale de la lutte antivénérienne ? Il s'agit d'empêcher toute nouvelle transmission des maladies tant par contagion que par hérédité. Pour empêcher la contagion, il faut en supprimer les sources, constituées exclusivement par les malades contagieuses. En dehors de ce moyen radical, il existe un pis-aller : l'em-

ploi de moyens prophylactiques empêchant la contagion. Pour ce qui concerne la transmission héréditaire, il y a également deux moyens qui doivent être employés ensemble : le traitement préventif des procréateurs et le traitement des enfants hérédosyphilitiques.

Tels sont les principes fondamentaux de la lutte antivénérienne. Si le but pouvait être atteint directement, le problème serait d'une grande simplicité. Malheureusement, il en est loin d'être ainsi. Le dépistage de la source de contagion rencontre des difficultés de toutes sortes dues à ce que les malades dissimulent leur état et ne se soumettent pas toujours au traitement. Pour empêcher la contagion il existe deux principales catégories de moyens : la propagande et les mesures législatives. A notre avis, les deux doivent marcher de pair. Dans les cas où la propagande et l'éducation du public se révèlent inopérantes, il est indispensable de recourir à la force pour empêcher les malades de contaminer leurs conjoints et leur descendance.

Depuis la guerre, le mouvement d'hygiène sociale destiné à combattre les maladies vénériennes s'intensifie de jour en jour. L'Union internationale contre le Péril Vénérien, groupant un grand nombre de ligues nationales émet les résolutions qui ont déjà grandement influencé les législations de divers

pays. Les assemblées successives de l'Union, qui ont eu lieu à Paris en 1926, à Nancy en 1928, à Genève en 1929, à Copenhague en 1930 et à Paris en 1932, ont résumé l'état de la question et ont émis des suggestions. Notre travail s'est inspiré des rapports présentés à des assemblées et en particulier du travail de Cavaillon, renfermant toutes les mesures législatives qui ont été édictées dans les différents pays et qui reflètent bien l'évolution des idées concernant la question qui nous occupe.

S'il est, en effet, indispensable de mener une lutte internationale contre le péril vénérien, il ne faut pas perdre de vue qu'il existe des différences considérables dans la mentalité des peuples et qu'un moyen qui a réussi dans un pays peut être voué à l'échec dans un autre. On verra que certains pays nordiques ont réussi à établir un système législatif efficace. Nous pensons qu'il serait faux d'en déduire que ce même système aurait un succès analogue en France et, d'une façon générale, dans les pays latins. Ce facteur ethnique et géographique rend la question encore plus complexe.

III

LA PROPAGANDE

L'évolution des maladies vénériennes en France montre nettement que la propagande seule, en l'absence de toute mesure coercitive peut apporter des résultats intéressants. Quel est tout d'abord le but de cette propagande ?

La première chose est l'instruction du public : lui apprendre ce que sont les maladies vénériennes, dans quelles conditions on les contracte, leur gravité mais aussi leur curabilité et la possibilité d'une prophylaxie efficace. Dans les couches inférieures de la société, on n'ignore certes pas l'existence des maladies vénériennes, mais on ne connaît pas les règles relativement simples de l'hygiène élémentaire qui permettent de ne pas les contracter. On ne connaît pas non plus la curabilité de la syphilis, ce qui fait que lorsqu'on l'attrappe, une sorte de fatalisme veule empêche les malades de se faire traiter.

Après ce premier temps de la propagande, vient en quelque sorte, la publicité pour les dispen-

saires. Il faut persuader les gens qu'ils doivent non seulement employer des moyens prophylactiques individuels, mais aussi s'assurer qu'ils ne constituent pas les sources de contagion ou de transmission héréditaire.

L. Viborel, dans un ouvrage récent, a résumé tous les moyens dont la propagande d'hygiène sociale dispose actuellement. Ces moyens sont les suivants :

a) La parole, sous forme de conférences ou sous forme de conseils individuels donnés par les médecins, les hygiénistes, les instituteurs, etc,

b) L'écrit, sous ses formes multiples ; directes ou indirectes. Les articles de presse, les brochures, les tracts constituant les moyens directs et la pièce de théâtre le moyen indirect.

c) L'image par affiches, cartes postales et surtout par le cinéma dont la diffusion fait un moyen excellent, si elle est adoptée à la mentalité de la population.

d) La radiophonie constitue un moyen dont on est loin d'avoir tiré tout l'avantage.

*
* *

Jusqu'à ces dernières années, les maladies vénériennes constituaient un sujet défendu. On ne pouvait l'aborder en public sous peine d'effaroucher les personnes même intimement persuadées de la nécessité d'une lutte contre les malades vénériennes. Or, laisser le public dans l'ignorance, surtout la partie du public qui est à l'âge le plus menacé, c'est rendre impossible toute action prophylactique. La nécessité d'une propagande est le point sur lequel tous les spécialistes de la question sont d'accord.

La propagande est la base même de la méthode persuasive que la plupart des auteurs français préfèrent à la méthode coercitive, trop brutale et probablement inopérante dans un pays aussi individualiste que la France. D'ailleurs même lorsqu'on admet le principe des mesures légales, on ne peut négliger complètement la propagande car comment un malade pourrait déclarer sa maladie ou pourrait éviter la contagion s'il ignore s'il en est atteint ou s'il est contagieux.

IV

PROPHYLAXIE INDIVIDUELLE

La propagande bien comprise doit apprendre à chaque individu certains moyens d'éviter la contagion. Les partisans de la coercition font assez peu de cas de ces moyens individuels et les accusent de donner aux individus une fausse sécurité. Aussi l'assemblée de l'Union internationale contre le Péril vénérien de 1928 a demandé « de ne pas préconiser dans la propagande au public ces méthodes de prophylaxie individuelle, celles-ci ne devant être recommandées que dans certaines collectivités et avec les précautions nécessaires pour ne pas révolter l'opinion public et, d'autre part, ne pas pousser les jeunes gens au dévergondage et à la contagion en leur donnant l'idée d'une sécurité qui n'est que relative ».

Il est certain qu'on ne possède actuellement aucun moyen prophylactique vraiment efficace. L'usage des préservatifs même ne protège que les organes qui sont loin de constituer les seules régions ex-

posées à la contagion. On aurait cependant tort de croire que la prophylaxie individuelle ne comprend que la connaissance de ces moyens prophylactiques. Apprendre au public d'éviter la contagion, c'est aussi le mettre en garde contre certains contacts génitaux suspects, c'est lui enseigner les manifestations les plus facilement reconnaissables de la maladie pour la dépister chez le partenaire éventuel et lui permettre de la reconnaître chez lui-même afin qu'il puisse se faire traiter dès le début.

Ainsi compris, la prophylaxie individuelle devient un élément indispensable de la propagande. Il y a cependant deux écueils à éviter. Le premier, ce dont parle la résolution n° 6 de l'Union internationale citée plus haut, concerne la fausse sécurité. Il serait en effet, dangereux de faire croire au public que ces moyens suffisent. En effet, la syphilis ou la blennorrhagie contagieuses peuvent passer inaperçues même à l'examen médical. A plus forte raison, le profane ne pourra les reconnaître à coup sûr à l'aide des moyens et des connaissances dont il dispose. Ensuite, il est certain que les pommades et lotions prophylactiques même d'efficacité éprouvée comme la pommade de Metchnikoff ne sont pas absolument sûres. Ces moyens doivent donc être préconisés comme des précautions minimas. Nous n'insistons pas sur l'argument du « dévergondage » qui

est du ressort du moraliste et non pas de celui du médecin.

Un deuxième écueil à éviter, certes moins grave, mais qui doit cependant entrer en considération, c'est de ne pas abuser de la crainte salutaire que doivent inspirer les maladies vénériennes. On a tendance à donner une description par trop terrifiantes et trop poussées au noir. La réaction des divers individus sera de deux sortes, toutes les deux à éviter. Les uns n'ajouteront pas foi aux descriptions exagérées et par la faute d'une seule erreur psychologique toute la propagande sera compromise. Les auteurs au contraire y croiront trop et certains tempérament anxieux seront ainsi poussés à la syphilophobie et parfois même au suicide.

V

MESURES LÉGISLATIVES

En dehors de la propagande, de l'instruction du public qui sont mises en pratique avec une intensité plus ou moins grande dans tous les pays civilisés, certains pays ont adopté des mesures légales plus ou moins sévères, plus ou moins coercitives que nous allons examiner maintenant, en réservant des chapitres spéciaux à deux problèmes importants : la prostitution et l'examen médical prénuptial.

Une première mesure, d'une sage modération et qui ne heurte ni nos idées sur la liberté individuelle ni celles sur le secret professionnel est *l'avertissement obligatoire* du malade par le médecin. Cet avertissement, utile lorsqu'il n'y a aucune sanction légale, est indispensable dans les pays où la contamination est passible d'une peine ou du moins d'une responsabilité civile.

La forme la plus pratique de l'avertissement

est l'ordonnance dans laquelle on fait connaître au malade le caractère contagieux de sa maladie et les diverses responsabilités qu'elle entraîne de ce fait aussi bien pour lui-même que pour sa descendance et la société toute entière.

L'avertissement est obligatoire en Suède, au Danemark, en Tchécoslovaquie, en Allemagne, au Japon et dans un grand nombre d'états des Etats-Unis d'Amérique. En France, il figure dans le projet de loi déposé par Justin Godart.

La déclaration obligatoire des maladies vénériennes est déjà beaucoup plus discutable. L'obligation pour le médecin de déclarer la syphilis comme certaines maladies contagieuses est pratiquement impossible. La majorité des médecins, tout au moins en France, la considèrent comme une atteinte grave au secret professionnel et surtout comme une mesure propre à effrayer les malades et les empêcher de se faire soigner.

Il semble cependant qu'il y a des moyens qui permettent de concilier la déclaration avec toutes les objections qui ont été formulées. La déclaration pure et simple n'existe qu'en Suède. En Tchécoslovaquie et en Allemagne la déclaration ne devient obligatoire que dans les cas où le malade ne se fait pas soigner et devient un danger public par les ris-

ques de contagion. Dans certains états d'Amérique du Nord la déclaration n'est pas nominative et le médecin traitant envoie simplement un numéro au Commissioner of Health. Mais si le malade ne se fait pas traiter, le médecin fera connaître le nom et l'adresse du malade désigné par le numéro. Cette déclaration n'entraîne d'abord qu'un avertissement sans aucune intervention de la police. La sanction ne sera appliquée que si cet avertissement n'est pas suivi.

En France, le public médical se refuse énergiquement à tout projet de déclaration obligatoire et il semble que celle-ci ne pourrait être acceptée qu'avec de très fortes restrictions.

Le *dépistage obligatoire de la source de contagion* rencontre des difficultés pratiques encore plus grandes. La loi existe en Suède, dans quelques états de l'Amérique du Nord, en Tchécoslovaquie, en Allemagne et dans l'Union Soviétique. Dans presque tous les cas, le médecin doit juger si les déclarations du malade sont suffisamment précises et peuvent désigner clairement l'identité du porteur du germe. En U.R.S.S., la déclaration de la syphilis est obligatoire également pour les femmes enceintes.

En France, cette obligation n'existe que dans

l'armée. Il y a de très fortes objections à ce que cette mesure puisse être appliquée à la population civile. Elle ouvrirait la porte à des vengeances, des erreurs regrettables et constituerait un facteur de plus à ce que les malades dissimulent soigneusement leur maladie.

Les mêmes objections peuvent être formulées contre la *sanction pénale de la contamination vénérienne*. Les lois norvégienne, danoise, suédoise, allemande, tchécoslovaque, etc. appliquent cependant des peines souvent sévères et toujours importantes dans les cas où la contamination vénérienne est prouvée. En France, bien qu'il n'existe aucune disposition légale, on a pu porter quelques jugements, en appliquant les lois sur les coups et blessures. Un projet de loi a été d'ailleurs déposé récemment à ce sujet.

La responsabilité civile a été plus souvent invoquée et l'on a pu accorder des dommages-intérêts en quelques cas de contamination. Des divorces ont également pu être prononcés pour cause de contamination, en qualifiant celle-ci d'injure grave.

Si de telles dispositions légales sont parfaitement justes, on doit cependant se résigner à ne les appliquer à titre exceptionnel lorsque la contamination constitue un fait précis, bien établi et ne souffrant pas d'objection ni de doute. Si l'on ne les

conçoit pas de cette façon, on ouvre la porte à des abus graves.

L'obligation du traitement est certainement le point le plus important de toute la législation anti-vénérienne. On sait combien un traitement bien conduit transforme l'aspect individuel et collectif de la syphilis. Un syphilitique bien traité cesse d'être contagieux au bout de très peu de temps et échappe alors à toutes les autres dispositions légales vexatoires. Le traitement des maladies vénériennes est obligatoire dans les pays scandinaves, dans la plupart des états des Etats-Unis d'Amérique, en Allemagne et dans l'Union Soviétique. En France, le traitement n'est obligatoire actuellement que pour les prostituées. Dans le projet de Justin Godart, il le devient pour toute personne ayant contrevenu aux dispositions légales.

Nous reviendrons plus loin sur la question du traitement et nous chercherons si les méthodes persuasives ne donnent pas d'aussi bons résultats que l'obligation.

VI

LE PROBLÈME DE LA PROSTITUTION

C'est sur le terrain de la prostitution que s'affrontent le plus nettement les opinions contraires des protagonistes de la lutte antivénérienne. On sait que nous sommes actuellement en présence de deux doctrines diamétralement opposées concernant la conduite à tenir de la société vis-à-vis de la prostitution. Les uns, admettant la nécessité de la prostitution, veulent la soumettre à un contrôle policier et surtout médical. Les autres, par contre, ayant constaté l'inefficacité de la réglementation, veulent l'abolir et intégrer la surveillance de la prostitution au problème général de la prophylaxie antivénérienne.

En réalité, l'opposition entre réglementationnistes et abolitionnistes est loin d'être aussi nettement tranchée. Il existe de nombreuses nuances dans les deux camps, nuances qui promettent dans l'avenir une solution intermédiaire du problème.

L'attitude réglementationniste extrême est celle qui existe actuellement en France. Alors qu'il n'existe pratiquement aucune disposition antivénérienne sanctionnée par la loi, les prostituées sont soumises à un régime spécial, particulièrement sévère et permettant tous les abus policiers. Aussi certains auteurs, tout en restant partisans de la réglementation souhaitent-ils que celle-ci soit confiée avant tout à des médecins ou à des assistantes sociales et qu'elle cesse d'être le domaine exclusif de la police des mœurs.

Cette attitude se rapproche de celle des pays où on n'a supprimé que les maisons closes et où l'on admet dans une certaine mesure l'existence de la prostitution et sa surveillance. Dans d'autres cas, théoriquement la prostitution n'existe pas et les femmes qui s'y livrent d'une façon illégale sont soumises aux lois antivénériennes générales, aggravées ou non de peines spéciales appliquées au délit de prostitution.

A l'autre extrémité on trouve les dispositions américaines qui suppriment la prostitution complètement, tout au moins théoriquement et où même tout rapport sexuel extra-matrimonial constitue un délit.



Il ne nous appartient pas ici de trancher un débat où les plus grands spécialistes s'affrontent sans arriver à se mettre d'accord. Contentons-nous de noter que le problème de la prostitution n'a reçu jusqu'ici aucune solution satisfaisante, malgré les dispositions légales les plus diverses qui existent dans les différents pays. Il est en effet difficile de concilier le point de vue moral qui n'admet pas l'existence de la prostitution et surtout son sanctionnement par une surveillance de l'état et le point de vue sanitaire qui doit compter avec la prostitution comme avec un fait et qui doit en réduire la nocivité au minimum.

VII

L'EXAMEN MÉDICAL PRÉNUPTIAL

Il n'est pas douteux théoriquement que le mariage devrait être précédé d'un examen médical approfondi pour dépister des maladies vénériennes et aussi toutes les autres affections ou tares susceptibles d'influer sur la descendance. Le premier projet de loi de certificat prénuptial a été déposé en France sous le règne de Louis-Philippe, mais ce sont certains états de l'Amérique qui l'ont réalisé les premiers. Le projet français moderne déposé par A. Pinard n'a jamais été discuté, sauf dans des thèses soutenues dans les Facultés de médecine.

Il est évident que le seul certificat, sans sanctions qui en découlent n'a pas un gros intérêt. Dans un grand nombre de pays, on interdit le mariage aux individus atteints de maladies vénériennes, tout au moins jusqu'à leur guérison. Dans les pays scandinaves le certificat prénuptial a rigueur de loi. La

loi allemande actuelle prévoit également l'autorisation de l'officier du bureau de santé pour le mariage.

Le rapport de Vervaeck et Leclercq au XIV Congrès de Médecine Légale étudie à fond les avantages et les inconvénients d'un certificat prénuptial obligatoire. Ces inconvénients se divisent en plusieurs catégories :

a) Au point de vue médical, le certificat n'apportera pas une sécurité absolue, il est difficile à réaliser, sa valeur variera énormément avec le moment auquel il sera délivré, puis la compétence des médecins étant inégale, il faudrait établir des sortes de juridictions d'appel. Il faut également tenir compte de la possibilité de certificat de complaisance et du fait que la responsabilité médicale et le secret professionnel sont sérieusement engagés.

b) Au point de vue sentimental, on pourrait objecter l'ébranlement qui peut résulter de la rupture des mariages, pouvant entraîner aux unions libres échappant à tout contrôle.

c) Au point de vue social justement on peut reprocher à ce projet la non protection de l'enfant illégitime.



Le mieux vaut concevoir le certificat prénuptial comme une mesure bénévole dont les avantages incontestables peuvent être démontrés à la masse par une propagande intensive. La propagande peut facilement amener le public à un état d'esprit où le certificat prénuptial sans être légalement obligatoire, devient une obligation entre les conjoints.

Nous savons d'ailleurs que le but visé par le certificat prénuptial, c'est-à-dire, la non transmission héréditaire peut être également atteint par les consultations prénatales qui permettent encore d'agir à temps.

VIII

LES FACILITÉS DU TRAITEMENT

Dans l'ensemble, nous pensons que, en France, actuellement, les méthodes persuasives ont beaucoup plus de chance de réussir que les mesures légales. Du reste, l'évolution des idées, le nombre de plus en plus grand de malades qui se font soigner le montre bien. En France, le progrès est surtout sensible dans le sens du traitement. Dans d'autres pays, ce sont peut être les contaminations qui ont diminué en nombre, mais les malades ayant intérêt de cacher leur maladie, ne se font guère soigner. La liberté, l'absence de tout enregistrement administratif et policier font que les malades viennent en France spontanément à l'hôpital ou au dispensaire. On cesse aussi d'envisager les maladies vénériennes comme une chose honteuse. Elles sont devenues peu à peu des maladies comme les autres.

Voici quelques chiffres empruntés au travail de Cavaillon et Moine et à un article d'Ichok :

Consultations données dans les services
de l'Assistance publique,
dans ceux de l'Institut prophylactique,
et dans les organisations départementales

Années	Chiffre d'ensemble
—	—
1920	280.216
1921	472.943
1922	781.427
1923	925.883
1924	1.029.103
1925	1.125.007
1926	1.430.331
1927	1.698.113
1928	2.081.170

Cette succession régulière n'est pas due à l'augmentation du nombre des cas de syphilis, mais aux succès de la propagande Voici un autre tableau :

Nombre d'injections effectuées
et nombre d'examens sérologiques faits :

Années	Injections	examens
—	—	—
1920	86.474	21.378
1921	121.232	24.953

1922	490.699	97.643
1923	480.138	140.174
1924	714.757	174.968
1925	854.049	268.554
1926	874.894	311.618
1927	1.151.189	314.370
1928	1.343.525	357.772

Ce qui caractérise en effet jusqu'ici le système français, c'est l'absence de toute coercition, mais, par contre, les facilités de plus en plus grandes pour le traitement. Les dispensaires augmentent sans cesse de nombre, ils sont de mieux en mieux outillés et les chiffres ci-dessus montrent bien leur succès croissant. Nous n'avons pu nous procurer ces chiffres depuis 1928 jusqu'en 1934, mais les progrès qui ont été effectués depuis cette époque ne sont pas douteux.

Dans l'ensemble, l'orientation actuelle de la lutte antivénérienne telle qu'on l'observe en France est susceptible de porter quelques fruits. Une fois l'éducation du public fait, l'addition de quelques mesures législatives telles que l'avertissement obligatoire, la responsabilité de la contamination, etc., ne rencontreront aucune résistance.

CONCLUSIONS

1° La place de plus en plus grande que prennent les maladies vénériennes dans la pathologie et même dans la vie des peuples a conduit à la nécessité d'une lutte contre l'extension de ces maladies. La prophylaxie antivénérienne fait partie de la lutte contre les maladies infectieuses, mais se complique singulièrement par l'intervention de facteurs psychologiques et sociaux.

2° Les moyens de la lutte sont de deux ordres : persuasif ou coercitif. Selon la mentalité de chaque pays, on a recours à des procédés du premier ou du second ordre. D'ailleurs, d'une façon générale, l'un n'exclut pas l'autre et ce qui conduit au succès c'est un dosage judicieux des deux adopté au goût de chaque peuple.

3° La propagande d'hygiène sociale est destinée à faire connaître au public l'existence et les dangers des maladies vénériennes, les moyens simples qu'on

peut y opposer et surtout la nécessité et l'efficacité du traitement. Quant aux moyens de prophylaxie individuelle, ils sont discutables dans leur efficacité et dans leur utilité.

4° Il existe des mesures légales dans la plupart des pays, comprenant :

l'avertissement obligatoire du malade par le médecin,

la déclaration obligatoire,

la recherche de la source de contamination,

la sanction pénale ou civile de la contamination,

l'obligation du traitement.

Le principe de ces mesures est excellent, mais, en pratique, on ne sait pas jusqu'à quel point elles atteignent leur but. Il en est de même du certificat prénuptial qui rencontre beaucoup de difficultés dans son exécution.

5° Il n'existe actuellement aucune solution satisfaisante du problème de la prostitution ; ni la réglementation ni l'abolition n'en évitent les inconvénients sanitaires et moraux.

6° Ce qui caractérise actuellement la lutte antivénérienne en France, c'est la tendance vers les

méthodes persuasives par la propagande, les facilités de plus en plus grandes du traitement à l'aide des dispensaires. Cette méthode est peut-être celle qui convient le mieux à la mentalité française car son succès est incontestable.

Vu : *Le Doyen*,
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président*,
L. TANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- CAVAILLON. — Les législations antivénériennes dans le monde. Paris, 1931.
- CAVAILLON et MOINE. — Etude statistique sur l'activité antivénérienne enregistrée de 1920 à 1928 inclusivement. Paris, 1929.
- FORGET-URION. — La lutte contre la prostitution et le système de tolérance actuel. Arch. du Droit méd. et de l'Hyg., 1^{er} mars 1932.
- ICHOK. — La lutte antivénérienne en France. Paris-Méd., 20 mars 1930.
- JADASSOHN. — Le service social dans la lutte contre al syphilis. Rapp. à la Conf. intern. de déf. soc. contre la Syph. Paris, 9 mai 1932.
- VERVAECK et LECLERCQ. — Le certificat prénuptial. Rapp. au xiv^e Congrès de Méd. Lég. Paris, 1929.
- VIBOREL. — La technique moderne de la propagande d'hygiène sociale. Paris, 1930.

